

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NICOLLE CRISTINA RODRIGUES MANSILLA

**A SISTEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA AO
PACIENTE DIABÉTICO NO MUNICÍPIO DE PINHAIS/PR DURANTE O ANO DE
2016**

CURITIBA
2016

NICOLLE CRISTINA RODRIGUES MANSILLA

**A SISTEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CLÍNICA FARMACÊUTICA AO
PACIENTE DIABÉTICO NO MUNICÍPIO DE PINHAIS/PR DURANTE O ANO DE
2016**

Projeto de Intervenção apresentado como requisito parcial para avaliação de Conclusão do Curso de Pós-graduação de Gestão em Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Dra. Mariluci Haustch Willig

CURITIBA
2016

À família inspiradora que Deus me deu e
ao meu esposo Adriano Fabrício Perissutti,
encorajador deste projeto.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, bênção e proteção.

Aos meus colegas farmacêuticos na Prefeitura Municipal de Pinhais: Edinéia Akemi Ida; Tatiana Akemi Kurihara; Carine de Andrade Mendes Poier; Jaqueline Albino de Oliveira; Marcelo Campese e Rosicler Hein.

À minha diretora de departamento Viviane, pela parceria e incentivo ao Curso de Especialização em Gestão de Saúde.

A todos os colaboradores das Unidades de Saúde da Família do município de Pinhais, operadores e incentivadores da proposta de mudança no cotidiano das nossas farmácias.

Aos colegas Celso Ribas, Alice Moroski, Marli Maia, Luciomar Furuta, Luciana Serena Parolin, Jaqueline Fumes Juvenal, Débora Machado e Wilson Alves pelo bom humor que favorece o trabalho em equipe.

Ao tutor presencial Rafael Alves Pereira pela prontidão no auxílio ao longo das disciplinas.

À professora Dra. Mariluci Haustch Willig pela orientação, direcionamento, troca de ideias e incentivo à execução deste trabalho.

RESUMO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica caracterizada por hiperglicemia e distúrbios do metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou ação da insulina. A Atenção Primária à Saúde (APS), além de porta de entrada da RAS, é responsável pelo cuidado aos usuários do sistema, com um índice esperado de resolutividade de 85%. Para promover uma melhor integração da Assistência Farmacêutica (AF) à APS é preciso ultrapassar a visão logística do acesso a medicamentos. A Secretaria Municipal de Saúde e o trabalho colaborativo profissional de farmacêuticos instituiu a prática de consulta farmacêutica ao paciente diabético insulínico no Protocolo de Automonitoramento de Glicemia Capilar (PAMGC). O objetivo deste trabalho foi sistematizar o serviço de Clínica Farmacêutica ao paciente diabético no município de Pinhais durante o ano de 2016. Desta forma a similaridade da clínica farmacêutica com tecnologias de microgestão contribui na superação do cuidado fragmentado em saúde. A construção deste projeto técnico seguiu duas etapas: descrição da situação problema e proposta técnica para solução da situação problema – estabelecimento de metas. Nesta metodologia o ponto de partida consistiu no estudo dos apontamentos teóricos que permeiam os serviços farmacêuticos, seus interferentes e elos que resultam da segurança dos indivíduos. Descortinar estas questões tornou possível redefinir processos de trabalho e descentralizar o cuidado, antes focado apenas na figura do médico. Os resultados esperados são mais efetivos por meio do acompanhamento dos pacientes diabéticos insulínico que realizam auto monitoramento capilar. O que se reflete em menos atendimentos em serviços de emergência por agudização do quadro e menor número de internamentos hospitalares. O resultado esperado para o primeiro ano da intervenção deve ser abaixo de 0,5. A proposta de intervenção para as farmácias públicas municipais não só está alinhada com as estratégias apoiadas em evidências na direção de suprir o hiato do SUS ao *Diabetes Mellitus*, mas também assiste e compartilha com o usuário sua experiência com medicamentos, desmistifica o processo saúde-doença e o valoriza na atividade decisória.

Descritores: Diabetes *Mellitus*; Automonitorização da glicemia; Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Diabetes *Mellitus* (DM) is a chronic disease characterized by hyperglycemia and carbohydrate metabolism disorders, protein and fat as resulting in the secretion or insulin action defects. The Primary Health Care (PHC), besides an RAS gateway, is responsible to care the users of the system, with an expected rate of return of 85%. To promote a better integration of pharmaceutical care to PHC, it is necessary to go beyond the logistics vision of access to medicines. The Municipal Health Department and pharmacists as professional collaboration workforce has established the practice of pharmaceutical consulting of the diabetic patient insulin by Self-Monitoring of Blood Glucose Capillary Protocol (PAMGC). The objective of this work was the study of theoretical approaches that guide the pharmaceutical clinic in search of improvement and systematization of pharmaceutical query script to diabetic patients in the city of Pinhais during the year 2016. The similarity of the pharmaceutical clinic with micromanagement technology helps to overcome the fragmented health care. The construction of this technical project followed two stages: the description of the problem and a technical proposal for its solution - setting goals. In this approach the starting point was the study consisted of theoretical approaches that permeate pharmaceutical services, and its intervening links which result from safety of individuals. Uncover these issues made it possible to redefine work processes and decentralize the care previously focused only on the doctor's figure. The expected results are more effective through monitoring the insulin-dependent diabetic patients who perform self capillary monitoring. What is reflected in fewer calls to emergency services by sharpening the frame and fewer hospital admissions. The expected result for the first year of intervention should be below 0.5. The intervention proposal for the municipal pharmacies are not only aligned with the strategies supported by evidence in the direction of supplying the SUS gap *Diabetes Mellitus*, but also take care and share with the user their experience with drugs, demystifies the health-disease process and the values in the operative activity.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Blood Glucose Self-Monitoring; Pharmaceutical care; Primary health care

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo de Atenção à Saúde	15
FIGURA 2: O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas	16
FIGURA 3: Serviços farmacêuticos na Atenção básica à saúde	17
FIGURA 4: O método clínico do cuidado farmacêutico ao paciente	20

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

DALY – Disability Adjusted Life Years

DM – Diabetes *Mellitus*

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PAMGC – Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
2.1 DIABETES <i>MELLITUS</i>	13
2.2 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE	14
2.3 OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	16
2.4 A CLÍNICA FARMACÊUTICA	18
3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	21
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO	21
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	22
4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	24
4.1 PROPOSTA TÉCNICA	24
4.1.1 PLANO DE IMPLANTAÇÃO	26
4.1.2 RECURSOS	26
4.1.3 RESULTADOS ESPERADOS	27
4.1.4 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS	27
5 CONCLUSÃO	28
ANEXO I – PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR..	31
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO PROJETO	53

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O Programa de Automonitoramento Municipal de Glicemia Capilar (PAMGC) na Atenção Primária de Pinhais/PR teve início em Dezembro de 2014. A principal característica do PAMGC foi a descentralização da entrega de aparelhos e tiras de glicemia, realizada anteriormente na Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), para as Unidades de Saúde da Família que possuíam farmacêutico. Como forma de racionalizar medicamentos e insumos, iniciar a prática de Atenção Farmacêutica e aumentar a efetividade das ações ao paciente diabético, instituiu-se a consulta farmacêutica para os usuários de insulina (PINHAIS, 2014).

Cada profissional farmacêutico realiza atualmente a anamnese conforme a sua percepção, registrando as informações em prontuário. No entanto, após quatro meses, na avaliação dos profissionais que conduzem a consulta, a troca de informações com o paciente levou a vários vieses de análise, o que demanda atenção para não comprometer ou mesmo suprimir parâmetro importante no cuidado do Diabetes.

A importância de adoção de mesma abordagem clínica entre farmacêutico e usuário estabelece um roteiro de entrevista pré-definido, com questões relevantes para o atendimento integral e informações resultantes com maior autonomia para a tomada de decisões.

Partindo da visão de Lu *et al.* (2008), pode-se inferir que os serviços de clínica farmacêutica são tecnologias de microgestão, assim como as diretrizes clínicas, a gestão da condição de saúde e a gestão de caso. Logo, fica explícita a correlação com o módulo Gestão dos Sistemas e Serviços em Saúde, abordado entre as matérias específicas do curso Gestão em Saúde (KUSCHNIR, 2012). Os apontamentos teóricos abordados justificam a escolha do tema a ser trabalhado e validam a necessidade de gerenciamento do ponto de vista técnico, uma vez que a autora do trabalho é farmacêutica, servidora em cargo efetivo na instituição e encontra-se no Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica (NUTEF/SEMSA, 2016).

O propósito de gestão técnica para facilitar a prática da clínica farmacêutica requer revisão de fatores constantes do Caderno de Atenção ao Diabetes/ Ministério

da Saúde (BRASIL, 2013), na literatura Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica/Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), Protocolo de Conselho de Classe para Manejo do Tratamento de Pacientes com Diabetes (CRF-SP, 2011), revisão de prontuários e outras informações em sistema informatizado e terceirizado que se fizerem necessárias. As fontes citadas são de pleno acesso à autora do trabalho.

As atividades serão iniciadas após o recebimento da anuência da SEMSA/Prefeitura de Pinhais.

Ao resgatar a questão da anamnese é perceptível que a condução técnica permeia a relação farmacêutico-paciente e farmacêutico com outros profissionais de saúde. Correr, Noblat e Castro (2011) reforçam a necessidade de mudar o modelo tradicional para um modelo de atuação profissional intensa, para isso sugerem a documentação da prática da Atenção Farmacêutica. Apontam ainda que a prioridade de análises de custo-benefício e custo-efetividade superara a importância da farmácia clínica pela ausência de sistemática de registro do cuidado farmacêutico.

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002, p. 19 e 20), definiu alguns termos que constituem a práxis do tema, entre eles:

Acompanhamento/Segmento Farmacoterapêutico: “É um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário”.

Intervenção Farmacêutica: “É um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico”.

1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO

Sistematizar o serviço de Clínica Farmacêutica ao paciente diabético no município de Pinhais durante o ano de 2016.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO

- 1.3.1 Possibilitar o acesso à atenção integral, coordenada, contínua, segura e efetiva às necessidades e problemas de saúde dos usuários com a sistematização do serviço;
- 1.3.2 Proporcionar, dentro dos pontos de atenção, o serviço de clínica farmacêutica via registro de anamnese específica ao paciente diabético;
- 1.3.3 Promover o uso racional de medicamentos no processo de trabalho dos farmacêuticos com o aprimoramento da atividade clínica atual;
- 1.3.4 Padronizar a anamnese farmacêutica para desfecho de controle glicêmico.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 DIABETES MELLITUS

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1999, p.1) define *Diabetes mellitus* (DM) como: “Um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios do metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou ação da insulina.”

O Caderno de Atenção Básica para Diabetes *mellitus* (BRASIL, 2013) expõe que a patologia somada à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são as principais causas de óbitos e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS).

Outra forma de contextualizar as perdas pelo DM é o uso da ferramenta *DALY* (*Disability Adjusted Life Years*) – termo usado em português como Anos de vida ajustados pela incapacidade - que indica a carga de doença em um indivíduo ou em uma determinada população em consequência de mortes prematuras ou de situações de incapacidades provocadas por enfermidades ou outros fatores (BRASIL, 2013b). Em 1999 o *DALY* no Brasil era de 12 por mil habitantes, o que rendeu a 8ª posição entre os países da América Central e do Sul (BRASIL, 2010). Em pesquisa do perfil do paciente diabético constatou-se que a maioria é de mulheres, maior ocorrência em pessoas de baixa escolaridade e o maior número de casos em pessoas acima de 65 anos (BRASIL, 2011).

Referido como doença crônica, o DM apresenta início e evolução lenta, múltiplas causas (hereditariedade, estilo de vida, exposição a fatores fisiológicos), em alguns momentos episódios agudos perceptíveis objetiva ou subjetivamente, ciclo vicioso de sintomas e perda da capacidade funcional (MENDES, 2012). Como tal deve contar com sensibilidade apurada e preparo profissional na Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo o Caderno de Atenção Básica- Diabetes (estudo de 2006 a 2011) 5,6% da população brasileira acima de 18 anos se define diabética. E a estimativa para 2030 é de 11,3% o que realoca o Brasil na 6ª posição em relação a América Central e do Sul (BRASIL, 2013).

É nesse espaço que o sistema de saúde deve mostrar resposta às reais necessidades da população. Apesar de ser essa a premissa do Sistema Único de Saúde (SUS) é notável o distanciamento entre expectativa e resultado, uma vez que situações de maior magnitude (demográficas, epidemiológicas e inovação e incorporação tecnológica) concorrem com o desenho e organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2012).

Esta última, definidos como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2012).

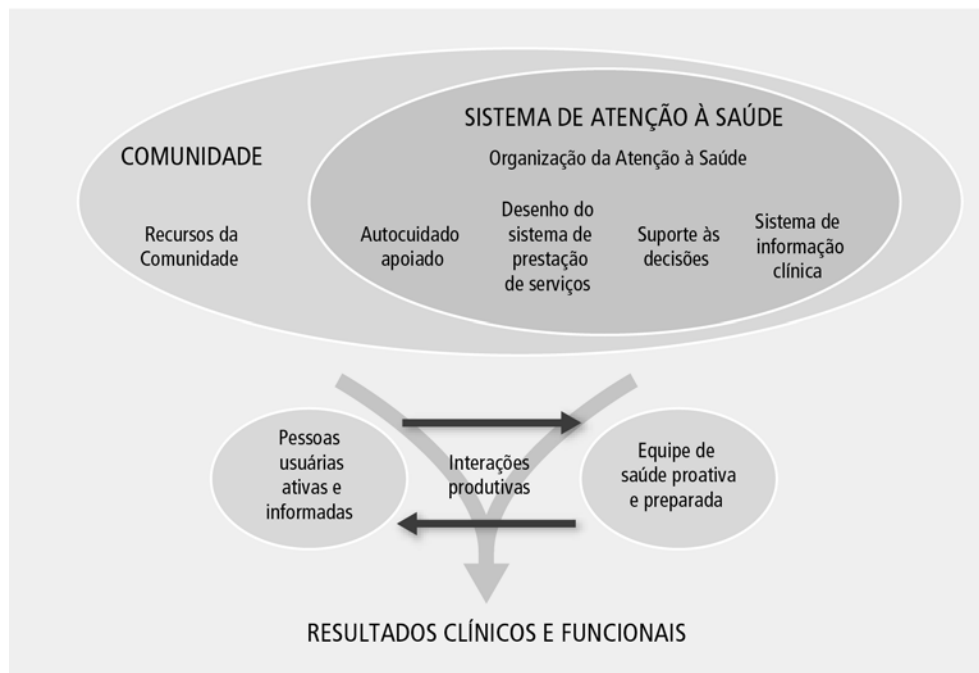
2.2 REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

A APS é elemento constitutivo das RAS juntamente com a população, estrutura operacional (pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de governança) e os modelos de atenção à saúde (MENDES, 2012). É evidente que para isso ocorra, os pontos da RAS devem estar integrados e dirigidos a uma determinada população, caminho que passa pelo estudo das condições de saúde dos habitantes.

Mendes (2012, p. 140) explica o *Chronic Care Model* (CCM), proposto por Wagner como:

o CCM compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população.

Figura 1: O Modelo de Atenção Crônica



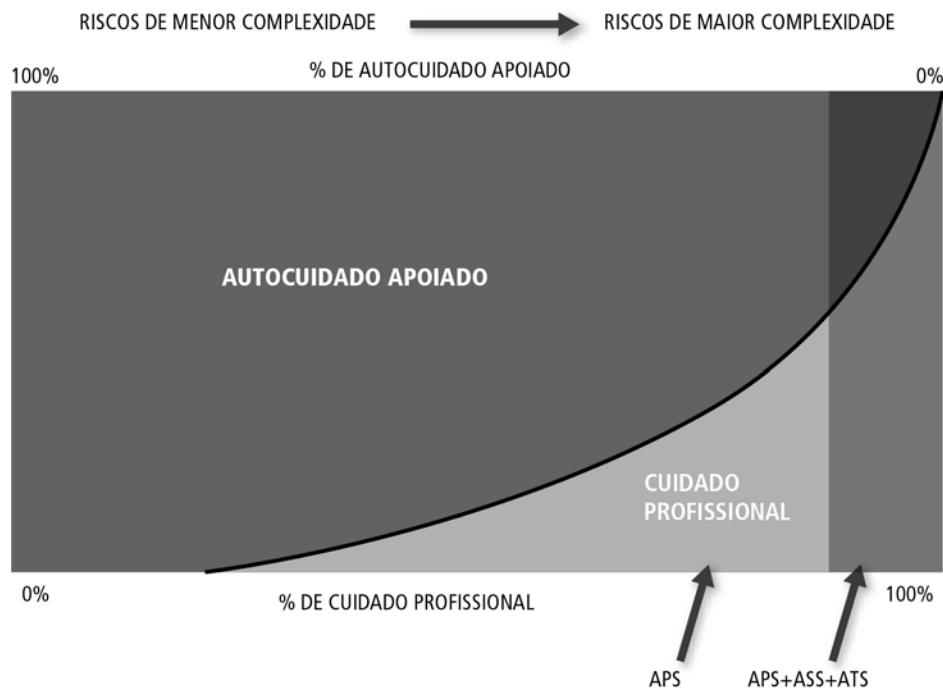
Fonte: Mendes, 2012.

Por outro lado, a responsabilização dos serviços no atendimento à população adscrita requer a subdivisão desta em fatores e estratificação de risco. A partir deste ponto faz-se possível estabelecer a oferta de serviços relativas às necessidades dos grupos populacionais.

Direcionando para o foco deste trabalho, a Assistência Farmacêutica situa-se na estrutura operacional da RAS, mais especificamente nos sistemas de apoio, portanto ponto de atenção integrado à APS. Muito comumente a visão da Assistência Farmacêutica recai apenas sobre o abastecimento de medicamentos, o que não corresponde a estratégia de superação da fragmentação no SUS e exclui o valioso instrumento da clínica farmacêutica. Precioso tecnicamente, no plural pelas possibilidades e próximo do usuário pela efetividade das ações.

A clínica farmacêutica contribui para a linha base do autocuidado apoiado, conceito envolvido em diferentes riscos de complexidade e de atenção à saúde.

Figura 2: O espectro da atenção à saúde nas condições crônicas



APS: Atenção primária à saúde
 ASS: Atenção secundária à saúde
 ATS: Atenção terciária à saúde

Fonte: Mendes, 2012.

2.3 OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

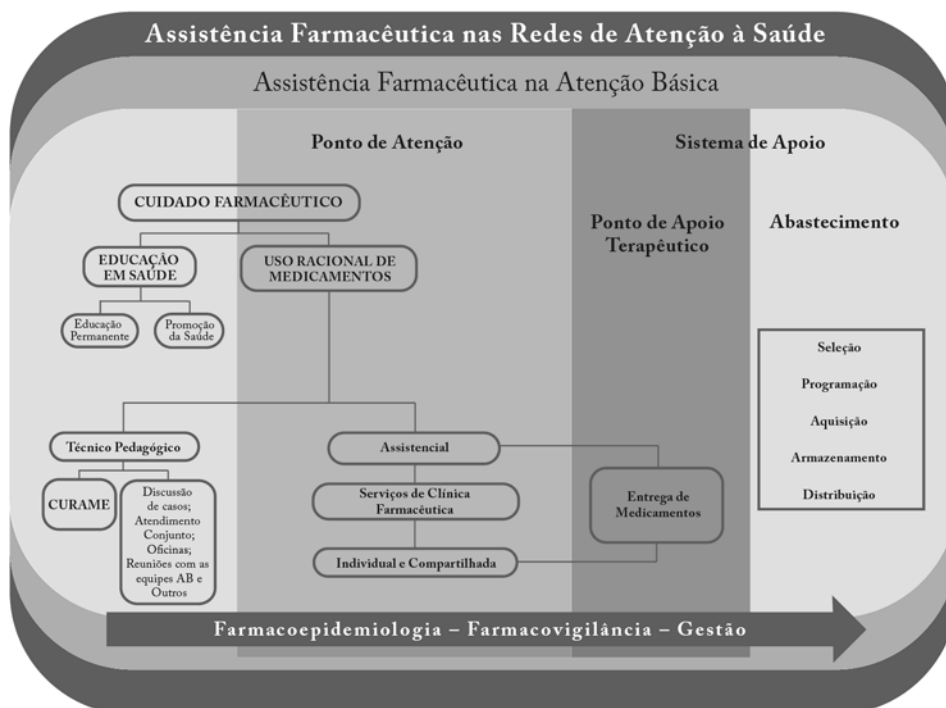
Os serviços farmacêuticos na APS podem ser entendidos em dois grupos: logística e cuidado farmacêutico. O primeiro envolve as atividades de Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Medicamentos. O segundo contempla o cuidado farmacêutico no eixo do Uso Racional de Medicamentos de maneira assistencial e serviços de clínica farmacêutica individual ou coletiva, assim como o eixo de Educação em Saúde (BRASIL, 2014).

O foco deste trabalho tem estreita relação com a clínica farmacêutica na pretensão de prestar uma assistência integral ao paciente diabético. Não apenas supri-lo de cuidado médico (muitas vezes nos episódios agudos da doença) ou tão somente abastecê-lo de medicamentos. Mendes (2011) propõe o protagonismo do profissional farmacêutico em ultrapassar a questão da acessibilidade a medicamentos, no sentido de não sobrevalorizar estas atividades em detrimento do cuidado ao usuário.

Correr e Otuki (2013) descrevem muito bem as proporções do desafio do avanço dos serviços farmacêuticos na APS. Isso porque exige redesenho dos processos de trabalho dos farmacêuticos ao implementar novas atividades, e desta forma atingir maior resolutividade no uso de medicamentos e insumos ligados ao DM (aparelhos glicosímetros, seringas e tiras de glicemia). Muito da construção do processo está ligado à relação com o usuário; o que exige habilidade, competência, reflexão, atitude e autonomia do farmacêutico (BRASIL, 2014).

Quando mencionada a palavra resolutividade o que se deseja é o gerenciamento integrado da farmacoterapia para obtenção e controle mais eficaz de doenças, escuta e atuação qualificada para maior segurança dos indivíduos. A consequência deste vínculo é a compreensão de fatores que interferem no comportamento do usuário no enquadramento individual. Sempre importante lembrar que o benefício maior ao SUS é o empoderamento ao indivíduo que, compreendendo seu estado de saúde-doença, tem condições de desenvolver autonomia em relação ao seu cuidado (BRASIL, 2012).

Figura 3: Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde



Fonte: Brasil, 2014.

2.4 A CLÍNICA FARMACÊUTICA

O serviço de clínica farmacêutica é classificado por Wong (2004) como uma intervenção complexa, pois, seus componentes se relacionam entre si na produção de resultados em saúde. A conexão dos componentes desenvolve vertentes como a otimização do regime farmacoterapêutico, evolução da comunicação em farmacoterapia na equipe multiprofissional e mudanças positivas no comportamento do usuário.

Contextualizada na proposta deste trabalho como forma de integrar diferenciação no cuidado em saúde, bem como responder às questões dos usuários relacionadas a medicamentos de maneira segura, contínua e efetiva. Visa atingir as seguintes metas (BRASIL, 2014 p. 71):

- Orientação quanto ao acesso de medicamentos, não só no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) mas, também nos componentes estratégicos e especializados e farmácia popular;
- Educação do paciente sobre seus medicamentos e problemas de saúde para promover autonomia sobre o tratamento e autocuidado apoiado;
- Utilizar da orientação terapêutica para aumentar a adesão a medicamentos e reduzir a complexidade do tratamento;
- Otimização da farmacoterapia com revisão da medicação e, se necessário reduzir comprimidos e custo do tratamento;
- Avaliação de efetividade e ajustes no tratamento junto à equipe multiprofissional;
- Prevenir, identificar e manejar os erros de medicação, interações medicamentosas, reações adversas e riscos associados aos medicamentos;
- Educação sobre o armazenamento e destinação adequada de medicamentos vencidos e resíduos provenientes do tratamento.

Ao detalhar um pouco o tratamento de uso contínuo, Banning (2009) constatou que a adesão terapêutica deve ser efetivada por múltiplas estratégias, tais como: orientação, redução da complexidade de tratamento, entrega de material educativo e monitoramento constante.

As atividades de clínica farmacêutica devem ter ambiente adequado, de forma a preservar a privacidade na atenção individual (consultório ou domicílio) mas, também pode-se utilizar de consulta compartilhada com outros profissionais da equipe de saúde.

Correr e Otuki (2013) dividem a consulta farmacêutica em quatro etapas: coleta e organização dos dados do usuário; avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; a pactuação de um plano de cuidado com o usuário e o seguimento individual, quando necessário.

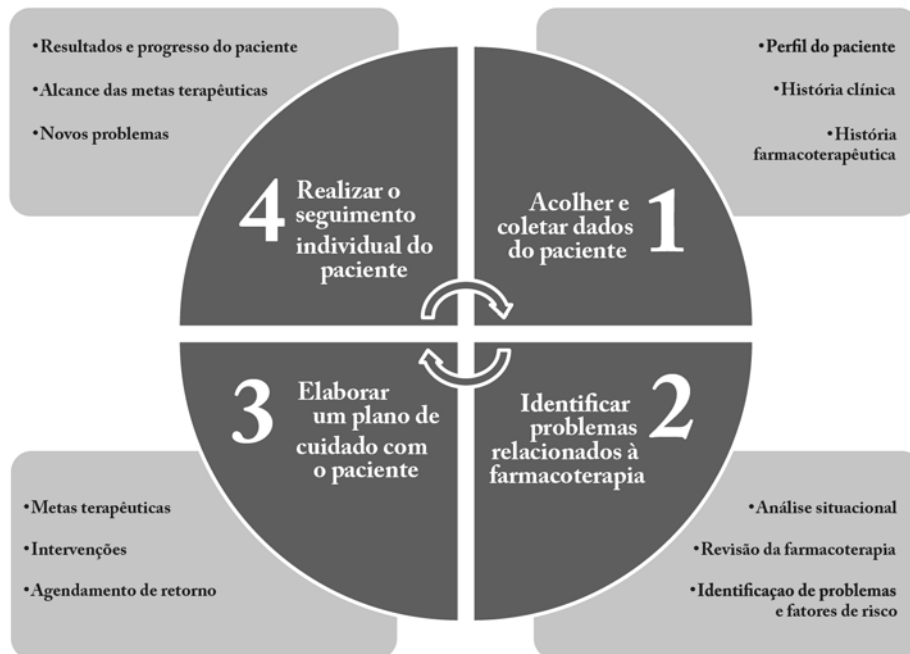
A primeira etapa vai construir o perfil do usuário e direcionar os objetivos, para isso deve incluir: medicamentos em uso, plantas medicinais, alergias, reações adversas a medicamentos e experiências anteriores. O atendimento será mais demorado e dispenderá mais da anamnese (entrevista que pretende lembrar todos os fatos relacionados com a doença) em pacientes polimedicamentosos e com comorbidades.

O público-alvo deste trabalho é o paciente diabético insulínico dependente, inscrito no PAMGC, usuário do aparelho glicosímetro, tira de glicemia capilar e medicamentos antidiabéticos orais. Partindo da estimativa populacional para o município de Pinhais em 2015 (BRASIL, 2015b) de 127.045 habitantes e aplicando a esse dado, o índice de 5,6% citado nos apontamentos teóricos de Diabetes *Mellitus*, atualmente o território possui em torno de 7.115 pacientes diabéticos. Desses segundo o último Plano Municipal de Saúde (2014-2017) apenas 16% possui algum plano de saúde, ou seja, 84% é SUS dependente.

Seria pouco prudente supor que no universo de pacientes diabéticos, apenas os que não contam com plano de saúde solicitem medicação, glicosímetro e tiras de glicemia à Prefeitura. É possível afirmar que procurem o poder público porque os planos privados não forneçam esses insumos gratuitamente.

O desafio de incorporar a consulta farmacêutica no panorama público municipal é o ajuste de um sistema admitido universalmente e que, no entanto, tem limites – entre eles o financeiro. O sistema precisa alcançar e atuar sobre as transformações sociais, demográficas, econômicas e epidemiológicas com seus fatores de risco.

Figura 4: O método clínico do cuidado farmacêutico ao paciente



Fonte: Brasil, 2014.

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

Pinhais tornou-se município de fato ao ser desmembrado do município de Piraquara por meio da Lei Estadual nº 9.906 de 20 de março de 1992. Localizado a leste de Curitiba, o município de Pinhais conta com uma área total de 60.749 km² (menor área entre os municípios paranaenses), mas apenas 35 Km² de área urbana. Parte de seu território encontra-se inserido em Área de Manancial e na Área de Proteção Ambiental – APA do Iraí possuindo ainda Unidade Territorial de Planejamento – UTP de Pinhais, com legislação ambiental que restringe sua ocupação. Ele tem como limite territorial os municípios de São José dos Pinhais, Quatro Barras, Colombo e Piraquara, além do limite com a capital do Paraná (PINHAIS, 2014).

De um total de dez Unidades de Saúde da Família, quatro possuem farmácia municipal com responsável técnico (farmacêutico) para dispensação de todos os medicamentos padronizados pelo município, inclusive medicamentos psicotrópicos e insulinas. As outras seis contam com dispensários de medicamentos básicos. Em ambos os casos o atendimento está organizado considerando a territorialização, a equipe de atendimento é composta de técnicos e auxiliares de enfermagem em sistema de rodízio.

O Departamento de Assistência à Saúde (DEASS) conta com uma equipe de seis farmacêuticos, todos em regime de servidores estatutários e com carga horária de 40hs/semanais. A responsabilidade técnica de quatro destes servidores é exercida nas seguintes farmácias: U.S.F. Maria Antonieta, U.S.F. Ana Nery, U.S.F. Tarumã e U.S.F. Weissópolis. Outro profissional está lotado no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) inicialmente com cobertura de quatro unidades (Perneta, Vargem Grande, Ana Nery e Tarumã) mas ampliada para a totalidade de unidades. E finalmente, um profissional lotado meio período no Núcleo Técnico de Assistência Farmacêutica (NUTEF) - função de assessoria técnica a Secretaria Municipal de Saúde e dispensários – e o restante da jornada no Centro de Atendimento Especializado (CAE).

No CAE uma comissão multiprofissional (não formalizada) analisa tecnicamente as solicitações de medicamentos especiais, não contemplados na

padronização municipal ou demais componente do SUS, deferindo ou não tais solicitações. Existe uma licitação exclusiva para atender a demanda deste serviço.

Quanto à estrutura física do local das consultas farmacêuticas, as farmácias das USF Weissópolis, Ana Neri e Maria Antonieta possuem consultório farmacêutico ou sala apropriada para atendimento. Na farmácia Tarumã a consulta ocorre em um dos guichês de atendimento.

No ano de 2014, a Prefeitura de Pinhais investiu R\$1.854.900,12 em medicamentos. Neste montante estão computados os medicamentos padronizados (adquiridos através de licitação e pelo Consórcio Paraná Saúde), medicamentos não padronizados e pontuais demandas judiciais.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O diagnóstico da situação problema ocorreu nas reuniões técnicas dos farmacêuticos. Entre os profissionais a fala recorrente é a necessidade de estruturação de anamnese padrão para atendimento dos participantes do PAMGC. O que pode ser compreendido pela ausência de prática em ouvir e registrar os relatos dos pacientes e as condutas adotadas.

Em pesquisa ao registro das consultas no prontuário eletrônico, visualizam-se as orientações dadas ao usuário e as mais variadas descrições da entrevista farmacêutica. Esta situação-problema pode levar ao esquecimento de pontos importantes no cuidado ao paciente em meio a complexidade de fatores que permeiam o cotidiano dos mesmos, tendo o medicamento como símbolo, com experiências relacionadas a aspectos sociais como: família, trabalho e serviços de saúde (CAMPESE, 2012).

Constitui, portanto um ponto de aprimoramento técnico, a elaboração de um roteiro de entrevista farmacêutica que contemple itens que enriqueçam a resolutividade da APS e possibilite um olhar integral sob o ponto de vista do uso racional de medicamentos, o armazenamento, reações adversas, conciliação de medicamentos prescritos em diferentes níveis de atenção, fatores que dificultam a adesão ao tratamento e educação continuada.

Analisando alguns dados referentes a vinte prontuários, cinco de cada USF com farmacêutico, no registro da consulta farmacêutica faltavam dados como: orientações referentes ao uso e armazenamento da insulina, conhecimento e prática da posologia dos antidiabéticos orais, uso de outros medicamentos não relacionados ao DM, uso de fitoterápicos e chás medicinais e fatores críticos identificados na adesão à farmacoterapia.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

A proposta para o problema identificado é a elaboração de roteiro de entrevista ao paciente que contemple (ABDEL-TAWAB, 2011):

- Introdução;
- Coleta de dados e identificação dos problemas;
- Ações/soluções;
- Fechamento da consulta.

Na primeira etapa o foco é a construção de um relacionamento terapêutico com o paciente. Para isso o profissional deve apresentar-se ao paciente, expor o propósito da consulta, esclarecer que este é um espaço para que o paciente exponha suas questões relacionadas à saúde para suprir necessidades do ponto de vista farmacoterapêutico.

O segundo e mais extenso passo é a coleta de dados com identificação de problemas. Aqui o farmacêutico deve investigar o histórico e estado clínico atual avaliando resultados de exames e queixas. Perguntar de que forma o paciente realiza o monitoramento de glicemia capilar e solucionar dúvidas com orientações claras e precisas. Identificar qual a percepção geral de saúde, qualidade de vida, entendimento sobre a condição de saúde, dependência química e hábitos de vida. Documentar a história da medicação completa dividindo nos seguintes grupos:

- Medicamentos prescritos: princípio ativo, concentração, posologia prescrita, origem da prescrição, posologia utilizada e tempo de uso. Avaliar a capacidade de gestão, adesão, acesso, entendimento do paciente sobre a meta e efeitos do tratamento. Investigar condições de armazenamento, dúvidas referentes aos medicamentos antes da discussão de problemas;
- Medicamentos utilizados por automedicação: princípio ativo, concentração, posologia utilizada e tempo de uso;
- Terapias alternativas e complementares (homeopatia, plantas medicinais, acupuntura dentre outras): definir qual, finalidade de uso, frequência e modo de uso;

- Alergias conhecidas a medicamentos;
- Incômodos devido ao uso de medicamentos;
- Rastreamento de reações adversas a medicamentos, descrever: sintomas, início, duração, frequência, localização, gravidade, fatores que agravam, fatores que aliviam e ambiente. Registrar o medicamento suspeito de provocar reações;
- Registrar e prestar orientações sobre dificuldades no uso dos medicamentos ou insumos (lancetas, tiras de glicemia, seringas, dentre outras);
- Priorizar problemas relativos à farmacoterapia. E classificá-los quanto a problemas relacionados ao resultado ou a processo. Problemas relacionados ao resultado envolvem tratamento não efetivo, reação adversa ou intoxicação medicamentosa. Problemas relacionados ao processo envolvem problemas de seleção e de prescrição, problemas de dispensação ou de manipulação, discrepâncias entre níveis ou pontos de atenção à saúde, problemas de administração e de adesão, problemas de qualidade ou problemas de monitoramento. Se necessário faça um planejamento junto com o paciente para a superação dos problemas.

Na terceira etapa, elaborar plano de cuidado e manejo para a resolução dos problemas identificados com o paciente. Aqui é muito importante discutir opções, objetivos e metas do tratamento para envolver o paciente na tomada de decisão e deixa-lo à vontade para colocar dificuldades em seguir o plano. Informar o papel de cada medicamento/insumo envolvido esclarecendo quando e como utilizar, corrigir falhas de informação e amenizar preocupações. Estabelecer um canal para a discussão de estilo de vida priorizando hábitos saudáveis, entregar aparelho de automonitoramento glicêmico, material gráfico impresso sobre o rodízio dos locais de aplicação de insulina. E por fim, mas não menos importante efetua-se a verificação do entendimento do paciente.

Na quarta etapa deve ser realizado o fechamento explicando o que fazer em caso de dificuldade, marcar próxima consulta e solucionar eventuais dúvidas.

Abdel *et al.* (2011) menciona também os comportamentos desejáveis para o condutor da consulta: ouvir ativamente o paciente, deixe que o paciente complete suas

falas sem interrupção, fazer perguntas relevantes abertas e fechadas quando for o caso, evite ou explique expressões mais específicas, aceite o paciente, demonstre empatia e o apoie mostrando disposição em ajudar, reconheça seu esforço, aborde com sensibilidade tópicos mais delicados, encoraje a se envolver no tratamento, na estruturação do plano retome informações de exames para situá-lo, utilize informações lógicas e baseadas em evidências, mantenha o foco da entrevista e retome seu controle se necessário, gerencie o tempo e faça os registros do atendimento.

4.1.1 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

A estratégia de implantação envolve a apresentação deste roteiro aos farmacêuticos das USFs, discussão dos pontos relativos ao método escolhido e sugestões. Como as informações são registradas diretamente em prontuário eletrônico optou-se por não realizar formulário manual para registro das informações. O roteiro servirá para orientação do profissional na condução da consulta e ordem de registro em prontuário. A reunião de apresentação do roteiro está prevista para março/2016, assim como os ajustes que se fizerem necessários e a disponibilidade do software para migração dos dados do glicosímetro e análise dos mesmos. A intenção é implantar o método em abril/2016 com monitoramento mensal por amostragem, realizado pelo NUTEF. A partir de então medir a satisfação do usuário com relação às consultas através de questionários.

4.1.2 RECURSOS

Os recursos necessários são humanos, no que envolve a fixação dos profissionais farmacêuticos nos quatro pontos citados. Mas também financeiros do ponto de vista do fornecimento de forma contínua de Metformina 850mg, Glibenclamida 5mg, seringas, glicosímetro e tiras de glicemia (recurso estadual e municipal), ao contrário das insulinas NPH e Regular fornecidas pelo Governo Federal.

4.1.3 RESULTADOS ESPERADOS

Melhor acompanhamento e efetividade no acompanhamento dos pacientes diabéticos insulino dependentes que realizam automonitoramento capilar. O que se reflete em menos atendimentos em serviços de emergência por agudização do quadro e menor número de internamentos hospitalares.

O indicador (I) utilizado para avaliação do sucesso de implantação da proposta técnica pode ser traduzido pela fórmula abaixo:

$$I = \frac{\text{Nº de pacientes internados ou emergência}}{\text{Nº de pacientes total cadastrados no PAMGC}}$$

O resultado esperado para o primeiro ano da proposta deve ser abaixo de 0,5.

4.1.4 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Alguns fatores podem interferir no resultado deste projeto técnico, são eles:

- Ausência de profissional farmacêutico: o que impossibilitaria a realização de consulta farmacêutica, orientações e atuação deste profissional sobre a condição de saúde do usuário;
- Falta dos medicamentos metformina 850mg e glibenclamida 5mg: na falta por motivo de atraso do Consórcio Paraná Saúde será importante orientar os usuários para não descontinuarem o tratamento e procurarem adquirir gratuitamente através das farmácias participantes do Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”;
- Falta de insulinas NPH e Regular: a Central de Abastecimento Farmacêutico deve solicitar reposição junto à Seção de Insumos/ 2ª Regional de Saúde Metropolitana;
- Falta de aparelhos e tiras de glicemia, devem ser adquiridas com recurso Estadual repassado ao Consórcio Paraná Saúde conforme Deliberação CIB nº 23/2008, ratificada pela Deliberação CIB nº 55/2011;
- Falta de lancetas de glicemia: segundo as mesmas deliberações acima devem ser adquiridas com recurso municipal na programação (realizada pela CAF) do Consórcio Paraná Saúde.

5 CONCLUSÃO

A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde é de um protagonismo desafiador, ainda mais quando falamos na expectativa de 85% de casos resolvidos na APS. Faz-se urgente ultrapassar a visão tradicional de promoção de acesso a medicamentos para evoluir em direção aos serviços farmacêuticos.

A proposta de intervenção para as farmácias públicas municipais revela consonância com as estratégias apoiadas em evidências na direção de suprir o hiato do SUS ao *Diabetes Mellitus*. Atende e compartilha com o usuário sua experiência com medicamentos, desmistifica o processo saúde-doença e o valoriza na atividade decisória. Por outro lado, desperta no farmacêutico, habilidades como ilustrar o autocuidado, interagir com outros profissionais e aproximá-lo da comunidade que requer atenção não só da figura do prescritor. O pano de fundo da cronicidade conduz o farmacêutico para o papel central de referência em informação relativa ao tratamento e satisfação dos usuários.

Cabe ao gestor aumentar o número destes profissionais no sistema para não privar a população deste cuidado. Rever espaços e estrutura física para garantir privacidade às consultas. Prover as equipes de mais profissionais para a efetiva dedicação do farmacêutico ao atendimento clínico que ele, e não o administrativo ou profissional da enfermagem, está apto a realizar. Investir em capacitações que não girem em torno da logística de abastecimento e eleve o patamar de objetividade na tratativa da farmacoterapia do paciente. Desperdiçar esse talento engessando-o em procedimentos burocráticos e de dispensação de medicamentos é retardar o encaixe que coloca o SUS contemporâneo às necessidades da sociedade.

Por último, pelo nível de resolutividade e economia de recursos, seria desejável a inclusão deste profissional na equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família. O repasse financeiro do Ministério da Saúde estimularia outros municípios a implantarem a consulta farmacêutica, o que enriqueceria o cuidado do paciente SUS.

REFERÊNCIAS

ABDEL-TAWAB, R. *et al.* Development and validation of the Medication-Related Consultation Framework (MRCF). **Patient Educ. Couns.**, [S.l.], v.83, n. 3, p.451-7, 2011.

BANNING, M. A review of interventions used to improve adherence to medication in older people. **International Journal of Nursing Studies**, [S.l.], v. 46, n. 11, p. 1505-1515, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2010.

_____. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília/DF: 2012 25 p. [Documento técnico apresentado ao DAF/SCTIE/MS, não publicado na íntegra].

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de atenção básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus**. 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

_____. **Glossário Temático Ciência e Tecnologia em Saúde**. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_ciencia_tecnologia_saude.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

_____. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2015a.

_____. Datasus. **População Estimada segundo município: Período 2015**. 2015b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptpr.def>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

CAMPESE, M. **A experiência com medicamentos e os fatores associados ao processo saúde/doença da pessoa diabética**. 2012. 151 p. Tese (Mestrado) - Curso de Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Cap. 06.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 454 p.

CORRER, C. J.; NOBLAT, L. de A. C. B.; CASTRO, M. S. de. **Gestão da Assistência Farmacêutica: Modelos de seguimento farmacoterapêutico**. 2011. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/615/Modulo_Optativo_unidade_3_revisado.pdf?sequence=1>. Acesso em: 09 nov. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (São Paulo). **Manejo do tratamento de pacientes com diabetes:** Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde - Fascículo VII. 2011. Disponível em: <[http://portal.crfsp.org.br/phocadownload/fascculo_vii - manejo do tratamento de pacientes com diabetes.pdf](http://portal.crfsp.org.br/phocadownload/fascculo_vii_-_manejo_do_tratamento_de_pacientes_com_diabetes.pdf)>. Acesso em: 17 nov. 2015.

KUSCHNIR, R. C. *et al.* **Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde.** 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 178 p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica.** Brasília: OPAS, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

PINHAIS/PR, Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de automonitoramento de glicemia capilar.** 2014, 21 p.

PINHAIS/PR. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** 2014. Disponível em: <[http://www.pinhais.pr.gov.br/aprefeitura/secretariaseorgaos/saude/uploadAddress/Plano_Municipal_de_Saude_2014-2017\[8863\].pdf](http://www.pinhais.pr.gov.br/aprefeitura/secretariaseorgaos/saude/uploadAddress/Plano_Municipal_de_Saude_2014-2017[8863].pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2015.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications:** report of a WHO consultation, 1999. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf> . Acesso em: 20 dez. 2015.

ANEXO I – PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA
CAPILAR

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMSA
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE- DEASS**

**PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO
DE GLICEMIA CAPILAR**

PINHAIS

2014

LISTA DE SIGLAS

AMGC - Automonitoramento de Glicemia Capilar.

CNS - Cartão Nacional de Saúde.

CPF- Cadastro de Pessoas Físicas.

DEASS - Departamento de Assistência a Saúde.

DG - Diabetes Gestacional.

DM1 - Diabetes Mellitus tipo I.

DM2 - Diabetes Mellitus tipo II.

ESF - Estratégia Saúde da Família.

GAD - Descarboxilase do Ácido Glutâmico

HbA1C - Hemoglobina Glicosilada.

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

MS - Ministério da Saúde

NUTEF- Núcleo Técnico de Farmácia.

PAMGC - Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

RG - Registro Geral

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes.

SEMSA - Secretaria Municipal de Saúde.

SOAP - Sistema de Evolução de Enfermagem.

SUS - Sistema Único de Saúde.

USF - Unidade de Saúde da Família.

WINSAUDE - Sistema de Gerenciamento de Informações.

Elaborado por: Luciana Serena Parolin

(Seção de Políticas de Saúde do Adulto e do Idoso)

Revisado por: Jaqueline F. Juvenal Zômpero (Enfermeira)

Letícia Biss (Médica de Família e Comunidade)

Nicolle Cristina Rodrigues Mansilla (Farmacêutica)

Viviane Maysa Tomazoni Renaud (Enfermeira)

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR

1-INTRODUÇÃO.....	35
2. AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR.....	37
2.1- INDICAÇÃO	37
2.2- COLETA.....	37
2.3- EVIDÊNCIAS.....	38
2.4- AFERIÇÃO.....	38
2.5- REAVALIAÇÃO.....	38
2.6- REGISTROS DAS AFERIÇÕES.....	39
3-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	40
4- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	41
5- GESTÃO DO CUIDADO / PROFISSIONAL FARMACÊUTICO.....	42
6- MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DO USUÁRIO INDICADO PARA AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR.....	13
ANEXO I.....	14
ANEXO II.....	15
ANEXO III.....	16
LEGISLAÇÃO.....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

1.INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* - DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (Ministério da Saúde, 2006).

O Diabetes é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com alterações no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013).

As consequências do Diabetes *Mellitus* (DM) em longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. O controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida das pessoas com DM.

Um programa de cuidado integral ao Diabetes Mellitus deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce, o tratamento adequado e proposto de acordo com as possibilidades do usuário, que permita modificar a evolução da doença, previna as complicações e melhore a qualidade de vida das pessoas com DM.

Essas estratégias devem ser coordenadas e integradas, através de uma abordagem multiprofissional levando em conta tanto ações de base populacional como aquelas sobre os grupos de risco e as de características individuais; devem ser custo-efetivas e fundamentadas em evidências científicas. A organização do cuidado integral deve estar centrada na pessoa que vive com diabetes, em sua família e incluir a comunidade; deve ser planejadas levando em conta os diversos aspectos do cuidado, as circunstâncias e os recursos locais.

A assistência farmacêutica aos portadores de diabetes no município de Pinhais, atualmente, disponibiliza para o tratamento de pacientes diabéticos, distribuição sistemática de dois tipos de insulinas, NPH Humana e Regular Humana, antidiabéticos orais, seringas para aplicação de insulina, tiras reagentes e lancetas para o automonitoramento da glicemia capilar. Realiza também a gestão de insumos,

medicamentos e materiais necessários à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de acompanhamento para diabéticos, HIPERDIA municipal.

Diante do exposto justifica-se a descentralização do Programa de Automonitoramento de Glicemia Capilar (PAMGC), que possibilita o acesso dos usuários próximo de suas residências e o monitoramento da efetividade deste programa.

2. AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

O automonitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma intervenção isolada, sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos;

Deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde.

2.1- INDICAÇÃO

A indicação deve ser reavaliada e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados do AMGC e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina;

O AMGC deve ser oferecido de forma continuada para os pacientes selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e quadro clínico e esses devem receber suporte continuado da equipe para garantir a eficácia do processo; a instrução inicial e a reinstrução periódica a respeito da monitorização da glicemia;

O uso de medidores (glicosímetros) e de tiras reagentes deve ser individualizado e atender às necessidades do paciente;

2.2- COLETA

A amostra do sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, acessado com picada de lancetas, daí ser também chamada de glicemia em "ponta do dedo".

O AMGC deve ser incentivado nos pacientes que usam insulina associado às estratégias de Educação em Saúde que visem aumentar a autonomia do portador para o autocuidado e essas ações devem ser incorporadas na rotina das unidades de saúde.

2.3- EVIDÊNCIAS

Não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja custo - efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe conforme protocolo instituído.

2.4- AFERIÇÃO

A frequência do AMGC deve ser determinada individualmente, dependente da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e compromisso do paciente para o autocuidado e da sua capacidade de modificar sua medicação a partir das informações obtidas.

A frequência diária recomendada em média deve ser três a quatro vezes ao dia. Os portadores de diabetes tipo I e os que usam múltiplas injeções diárias de insulina podem fazer a glicemia de "ponta de dedo" 3 a 4 vezes ao dia e em horários de ocorrência de maior descontrole glicêmico permitindo ajustes individualizados da insulina.

2.5- REAVALIAÇÃO

A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas semestralmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas. Para isso, os resultados do teste com o glicosímetro devem ser comparados com os da glicemia em jejum de laboratório medido simultaneamente.

2.6- REGISTROS DAS AFERIÇÕES

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados.

Os profissionais devem registrar, a cada atendimento de consulta, no prontuário, se o usuário está realizando adequadamente e registrando as aferições diárias, para acompanhamento da eficácia do programa.

3-CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os insumos deverão ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes que tem como frequência diária no mínimo 3 medidas de glicemia.

- Os usuários deverão ser moradores de Pinhais, cadastrados no Cartão SUS, no Programa de Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA (comprovar através de carteirinha).
- A prescrição para o automonitoramento será feita pelos médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas do SUS, que serão os responsáveis pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus.
- A participação do usuário nos Programas de Educação para Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus - HIPERDIA, que poderá ser individual ou coletivo, também será condição de permanência do usuário neste Programa.
- O usuário deve estar favorável e assinar o Termo de Compromisso, o qual oficializa a responsabilidade do mesmo sobre o aparelho.
- O uso do aparelho é INDIVIDUAL, cada usuário receberá o seu aparelho, se identificada à necessidade deste, pela equipe de saúde, mesmo que tenha mais de uma pessoa na família que necessite do AMGC.

Prescrições não oriundas de Médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas do SUS **não serão válidas para a inclusão do usuário** neste Programa. Neste “caso, o usuário deverá ser encaminhado para consulta médica na Rede Municipal de Saúde.”

Não é aconselhado recomendar aos usuários a compra do glicosímetro, visto que a Secretaria Municipal de Saúde não se responsabilizará pela troca deste aparelho na eventual mudança do fabricante de tiras reagentes.

4- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não mais receberão os insumos disponibilizados por este Programa os usuários que:

- Deixarem de residir em Pinhais;
- Deixarem de comparecer nas consultas médica e/ou de enfermagem, sem justificativa, por um período de no máximo 6 meses;
- Não aderirem às recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas como: comprovadamente não realizam as aferições diárias, não registram as aferições quando realizam, e que, após avaliação da equipe multidisciplinar não se justifique a efetividade do PAMGC devido a não concordância com a lógica do programa.
- DM gestacional, mas que não mantiverem o uso da insulina após a gestação;
- Óbito;
- São pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que fazem uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais, e que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes HbA1C normal ou quase normal.

Os pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que atingiram condições clínica estável, têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de suas tiras reagentes e glicosímetros. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nas Unidades de Saúde e, se necessário, solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis.

5-GESTÃO DO CUIDADO / PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

Cabe à farmacêutica (o) da área de abrangência dos territórios pré- definidos:

- Realizar o cadastro do usuário para empréstimo do aparelho glicosímetro e inserir este na planilha própria da unidade. Para receber o glicosímetro, o usuário deverá apresentar a documentação exigida, ser devidamente informado de suas responsabilidades e assinar um Termo de Compromisso, se responsabilizando pela integridade e devolução do aparelho que deverá ser arquivado na farmácia da área de abrangência da USF.
- Realizar a consulta inicial do PAMGC fornecendo as orientações iniciais aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos nesta normativa, bem como sobre o fornecimento de tiras de glicemia, o registro das aferições diárias e a verificação dos critérios de permanência do usuário neste Programa. Também devem fazer parte da consulta inicial o aconselhamento na forma de usar o aparelho Glicosímetro, os medicamentos de acordo com o resultado que se quer alcançar, com o intuito de reduzir ocorrências de possíveis danos ao usuário e aumentar a adesão ao tratamento.
- Agendar o retorno do usuário para a Avaliação Farmacêutica em 30 dias após a aquisição do glicosímetro pelo usuário, para avaliar o correto uso do glicosímetro e aferição das glicemias.
- Trocar ou dispensar o aparelho glicosímetro, bem como fornecer uma orientação inicial somente aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos nesta normativa.
- Renovação para dispensação da fita reagente a cada (6) seis meses com avaliação das aferições diárias e controle glicêmico. O usuário deverá apresentar comprovante de residência e receitas de insulina e solicitação do glicoteste com solicitação de 03 aferições diárias.
- Realizar contato telefônico com o usuário que não renovar o cadastro de empréstimo em tempo acordado e/ou intervenções de busca ativa dos usuários faltosos juntamente com a equipe da USF.
- Referenciar os usuários portadores de DM a ESF da unidade de saúde que este pertence, verificada a necessidade de discussão do caso devido à discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.

- Registrar a cada atendimento de consulta, no prontuário, se o usuário está registrando as aferições diárias para acompanhamento da eficácia do programa.
- Elaborar juntamente com a ESF plano de ações para usuários portadores de DM quando discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.
- Fazer visitas domiciliares aos pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus estratificados com risco grave ou com discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas, conforme necessidade estabelecida pela equipe de estratégia saúde da família.
- Informar mensalmente ao CAF, os usuários que precisam das tiras reativas para glicemia capilar e manter atualizada a planilha disponibilizada na rede para que as fitas sejam automaticamente repostas.
- Dispensar a quantidade de tiras reagentes conforme prescrição médica e também deverá verificar se o usuário está utilizando adequadamente as tiras reagentes e o glicosímetro, lembrando que o uso inadequado, ou seja, a não adesão serve como critério para exclusão do programa.
- A organização e o controle com armazenamento adequado de insumos bem como a solicitação desses provimentos.

Na ausência do profissional farmacêutico na unidade de saúde, os atendimentos acima descritos, devem ser realizados e ou orientados pelos enfermeiros (as) da USF com farmácia conforme área de abrangência dos territórios pré definidos:

6- MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DO USUÁRIO INDICADO PARA AUTOMONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR

A Atenção Primária a Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Será responsabilidade da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família, fornecer orientação inicial aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos neste protocolo e avaliar a cada fornecimento de tiras de glicemia, o registro das aferições diárias bem como a verificação dos critérios de permanência do usuário neste Programa.

A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas pelo menos anualmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas.

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados, devidamente registrados nos prontuários durante as consultas médicas, de enfermagem e farmacêuticas.

Caso seja verificado o descumprimento de qualquer critério de inclusão, a equipe de Estratégia Saúde da família deverá reavaliar a necessidade ou não da continuidade do automonitoramento de glicemia capilar.

ANEXO I

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****TERMO DE EMPRÉSTIMO**

PROCESSO Nº xxxxx/2014 DATA DE ENTRADA: dd/mm/aaaa

BENEFICIÁRIO:**RG: CPF:****ENDEREÇO:****FONE:**

Conforme prescrição médica anexa em protocolo acima citado, garantindo o cumprimento da **Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 16/09/1980** e as portarias 116 e 146 do **Ministério da Saúde** de setembro e outubro de 1993, que normatizam a concessão de tal equipamentoO por unidade pública de saúde, de modo a **garantir o** atendimento ao usuário citado, **sendo este responsável por manter em perfeitas condições o bem fornecido e devolver o benefício em cento e oitenta dias (180), ou retornar ao Departamento de Assistência à Saúde para efetuar a renovação de empréstimo.**

ATENÇÃO

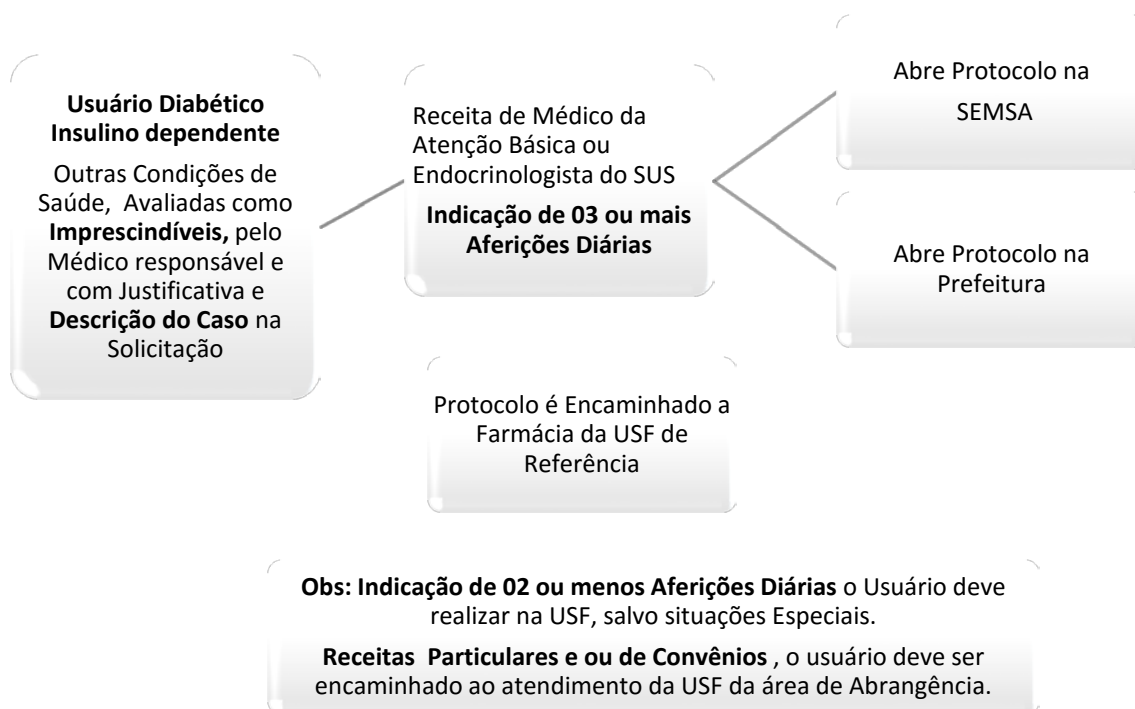
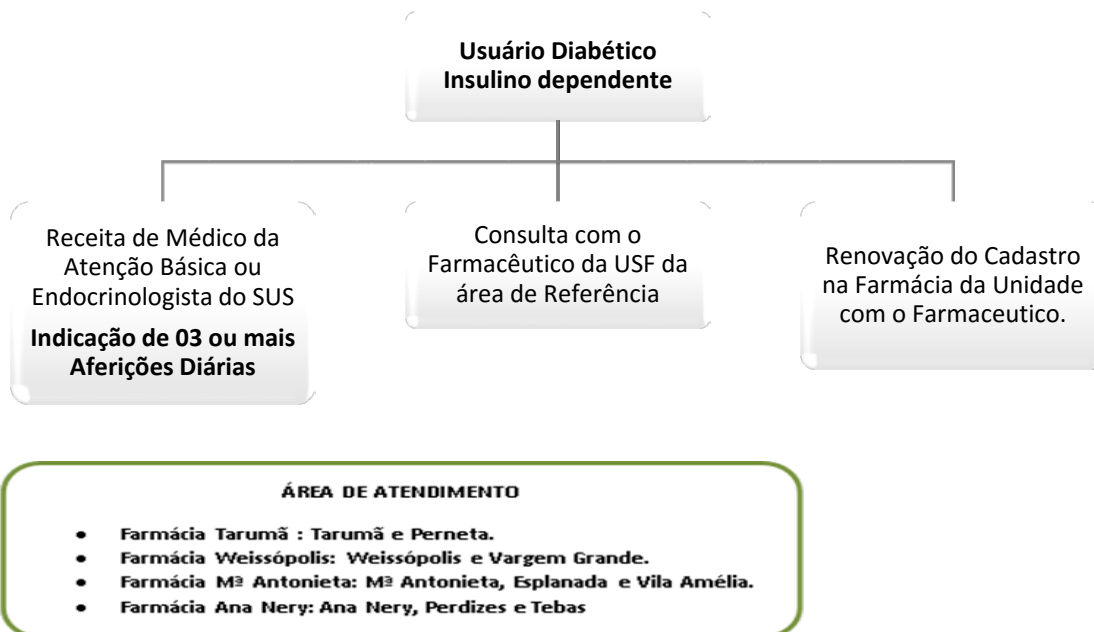
- **A NÃO RENOVAÇÃO NO PRAZO ESTIPULADO IMPLICA EM CANCELAMENTO DO CADASTRO SEM PRÉVIO AVISO.**
- **O USUÁRIO QUE TIVER O CADASTRO CANCELADO POR FALTA DE RENOVAÇÃO SÓ PODERÁ ABRIR UM NOVO PROCESSO DENTRO DE 90 DIAS.**
- **O USUÁRIO QUE TIVER O CADASTRO CANCELADO 2 VEZES SÓ PODERÁ ABRIR UM NOVO PROCESSO DENTRO DE 1 ANO.**

Pinhais, 01 de DEZEMBRO de 2014.

Ass. Usuário-----
Ass. Responsável pela Farmácia

ANEXO II

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO

Fluxograma para Abertura de Protocolo para empréstimo de glicosímetros e fornecimento de tiras reagentes:**Fluxograma para Renovação dos Cadastros:**

ANEXO III

LEGISLAÇÃO

LEI Nº 11.347 - DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – DOU DE 28/9/2006

Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

§ 1º O Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, selecionará os medicamentos e materiais de que trata o caput, com vistas a orientar sua aquisição pelos gestores do SUS.

§ 2º A seleção a que se refere o § 1º deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos, tecnologias e produtos no mercado.

§ 3º É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus.

Art. 2º (VETADO)

Art. 3º É assegurado ao pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus o direito de requerer, em caso de atraso na dispensação dos medicamentos e materiais citados no art. 1º, informações acerca do fato à autoridade sanitária municipal.

Parágrafo único. (VETADO)

Art. 4º (VETADO)

Art. 5º Esta Lei entra em vigor no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Brasília, 27 de setembro de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Guido Mantega

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

PORTARIA Nº 2.583 DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar, em especial o citado no § 1º do artigo 1º;

Considerando a Portaria nº 2.475/GM, de 13 de outubro de 2006, que aprova a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2006;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na implementação e financiamento dos programas e ações do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, de 27 de setembro de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º Definir o elenco de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados na rede do Sistema Único de Saúde, destinados ao monitoramento da glicemia capilar dos portadores de diabetes mellitus, nos termos da Lei Federal nº 11.347, de 2006.

I - MEDICAMENTOS:

a) glibenclamida 5 mg comprimido;

b) cloridrato de metformina 500 mg e 850 mg comprimido;

- c) glicazida 80 mg comprimido;
- d) insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL; e
- e) insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL.

II - INSUMOS:

- a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e
- c) lancetas para punção digital.

Art. 2º Os insumos do inciso II do artigo 1º devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes - Hiperdia.

§ 1º As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros).

§ 2º A prescrição para o automonitoramento será feita a critério da Equipe de Saúde responsável pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus, observadas as normas estabelecidas no Anexo a esta Portaria.

§ 3º O fornecimento de seringas e agulhas para administração de insulina deve seguir o protocolo estabelecido para o manejo e tratamento do diabetes mellitus contido no nº 16 da série "Cadernos da Atenção Básica - Ministério da Saúde, disponível em versões impressa e eletrônica no endereço http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cadernos_ab/documentos/abcad16.pdf.

Art. 3º Os usuários portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes devem estar inscritos nos Programas de Educação para Pessoa com diagnóstico de diabetes mellitus, promovidos pelas unidades de saúde do SUS, executados conforme descrito:

I - a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário;

II - as ações programáticas abordarão componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas a diabetes mellitus;

III - as ações devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus.

Art. 4º A aquisição, a distribuição, a dispensação e o financiamento dos medicamentos e insumos de que trata esta Portaria são de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação Tripartite e as normas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Gomes Temporão

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasília- Conselho Federal de Farmácia- A Assistência Farmacêuticas no SUS (2010).
Instrução normativa nº 2/2008- Automonitoramento de Glicemia Capilar- Florianópolis (2008).

Manejo do Tratamento do Paciente com Diabetes- Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde- Fascículo VII- Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (2011).

Manual de Assistência Farmacêutica- Secretaria Municipal da Saúde São Paulo (2013).

Ministério da Saúde, Caderno de Atenção nº 15- Hipertensão Arterial Sistêmica (2006).

Ministério da Saúde, Caderno de Atenção nº 16- Diabetes Mellitos (2006).

Sociedade Brasileira da Diabetes- Conduta Terapêutica no Diabetes Tipo 2: Algoritmo SBD 2014.

Sociedade Brasileira da Diabetes- Diretrizes 2013-2014.

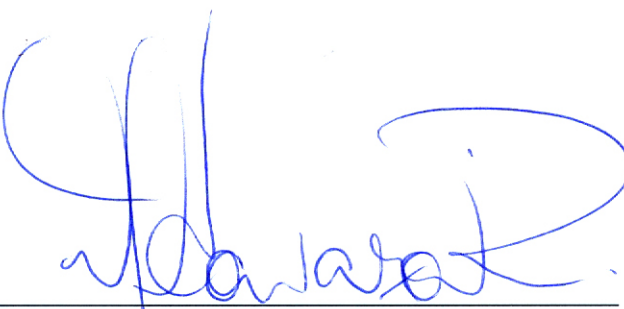
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO PROJETO

AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETO **TÉCNICO**

Eu, Viviane Maysa Tomazoni Renaud, Diretora do Departamento de assistência à Saúde, autorizo o desenvolvimento de projeto técnico da servidora Nicolle Cristina Rodrigues Mansilla, responsável pelo Projeto de Sistematização do Serviço de Clínica Farmacêutica ao Paciente Diabético no município de Pinhais, o qual pertence ao curso de Pós-graduação Gestão em Saúde da Universidade Federal do Paraná. O presente projeto será orientado pela Professora Mariluci Haustsch Willig.

Pinhais, 03 de Novembro de 2015.

Atenciosamente,



Viviane Maysa Tomazoni Renaud

Diretora do Departamento de Assistência à Saúde

Prefeitura de Pinhais